

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gustave-Albert BLOCH

Né le 13 mai 1903, à Paris

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

Médecin-légiste diplômé de l'Université de Paris

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

MÉNINGITE MORBILLEUSE

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gustave-Albert BLOCH

Né le 13 mai 1903, à Paris
Ancien interne des Hôpitaux du Havre
Médecin-légiste diplômé de l'Université de Paris

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

MÉNINGITE MORBILLEUSE

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ÉCALLE.
 GUÉNIOT.
 LE LORIER.
 LÉVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé ... Éducation physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Avec toute ma tendresse et ma reconnaissance.

A MADAME MARCEL PRENANT

Professeur agrégée de Philosophie au Lycée Fénélon

A MONSIEUR MARCEL PRENANT

Professeur de Zoologie à la Faculté des Sciences

*Dont le savoir et l'affection m'ont précieusement guidé au cours de mes études,
En témoignage de ma gratitude.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

*Qui nous a fait le très grand honneur de
présider notre jury de thèse.*

En témoignage de notre profond respect.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD
M. LE DOCTEUR SIG. BLOCH
M. LE DOCTEUR A. CANTONNET
M. LE DOCTEUR CATHALA
M. LE DOCTEUR CHIRIÉ
M. LE DOCTEUR DUJARIER (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR ESCALIER
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE PROFESSEUR LEGUEU
M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE
M. LE DOCTEUR LENÈGRE
M. LE PROFESSEUR LÉVY-VALENSI
M. LE DOCTEUR LOUSTE (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR MATHIEU
M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT
M. LE DOCTEUR PADOVANI
M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES

Internat :

M. LE DOCTEUR CARLO
M. LE DOCTEUR LANOS
M. LE DOCTEUR THOREL
M. LE DOCTEUR VINZENT

A MES MAÎTRES A L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL
ET A L'ASILE SAINTE-ANNE

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

M. LE DOCTEUR CEILLIER

M. LE PROFESSEUR CLAUDE

M. LE PROFESSEUR PIÉDELIÈVRE

M. LE DOCTEUR DERVIEU

M. LE DOCTEUR DUVOIR

M. LE DOCTEUR KOHN-ABREST

ÉTUDE CLINIQUE DE LA MÉNINGITE MORBILLEUSE

Introduction

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de méningite morbilleuse. Il nous a paru intéressant d'étudier les réactions méningées de la rougeole (à cause de leur relative rareté) ; d'en préciser les aspects cliniques, les éléments de diagnostic, et enfin le pronostic.

Il convient tout d'abord de limiter exactement le cadre de ce travail.

Notre intention n'est pas d'étudier ici les méningites qui surviennent au cours d'une rougeole, méningites relevant d'une complication. Par conséquent, nous n'envisagerons pas la méningite cérébro-spinale consécutive à la rougeole, ni les méningites otitiques. Nous rappellerons à ce propos, que l'otite causale peut passer inaperçue, et cela tout particulièrement chez le jeune enfant et le nourrisson. Nous n'aurons pas en vue également, les réactions méningées que l'on peut rencontrer au cours d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie. Les méningites tuberculeuses, secondaires à la rougeole, ne font pas davantage partie du cadre de cette étude.

Notre but est d'étudier uniquement les *méningites morbilleuses* proprement dites. Il s'agit de méningites d'origine générale, qui apparaissent pendant l'évolution d'une rougeole normale, méningites d'évolution favorable guérissant sans séquelles.

L'étude des méningites morbillieuses nous semble intéressante à plusieurs points de vue.

Nous avons déjà mentionné sa relative rareté. Elle nous semble également intéressante à cause des considérations qu'elle suggère à propos des méningites aiguës, à liquide clair, de nature indéterminée. On peut, peut-être, en effet, se demander si certaines méningites morbillieuses ne sont pas capables d'apparaître au cours d'une rougeole fruste, passant inaperçue.

La question se pose alors de savoir s'il ne conviendrait pas de faire une place assez importante aux méningites morbillieuses dans le cadre nosologique de ces états méningés à lymphocytes curables.

Depuis quelques années, ces méningites à lymphocytes ont donné lieu à de nombreuses études. Plusieurs maladies infectieuses semblent capables de déterminer de pareilles modifications du liquide céphalo-rachidien tels les oreillons, le zona, l'herpès, la spirochétose hémorragique, la poliomyélite, l'encéphalite.

Il est certain que la rougeole s'accompagne rarement de complications nerveuses. Cependant plusieurs observations ont été publiées de méningites morbillieuses. Peut-être est-il des cas où la rougeole proprement dite passe inaperçue. Il semble en tous cas que la méningite puisse être le fait primitif. Tel est le cas signalé par le Professeur ARNOZAN (signalé dans thèse E. Guinard, Paris, 1934). Il s'agissait d'un jeune enfant qui présentait tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse. Au bout de quelques jours tous les symptômes régressèrent en même temps que s'installait une éruption très caractéristique.

Enfin, cette étude présente un autre intérêt, intérêt d'ordre pathogénique. Les méningites morbillieuses sont-elles dues directement au virus de la rougeole ? Pour certains auteurs, il convient de faire intervenir un même virus neurotrope pour expliquer les réactions méningées au cours de toutes les maladies infectieuses ; ce virus neurotrope vivrait en

saprophyte dans l'organisme et verrait sa virulence exaltée par l'apparition d'un exanthème.

Nous allons tout d'abord exposer le cas personnel que nous avons eu l'occasion d'observer. Nous nous proposons ensuite de faire l'étude historique de ces méningites morbillieuses. Partant de ces différentes observations nous essaierons de dégager quels en sont les différents aspects cliniques, quels sont les différents éléments de diagnostic.

Observation personnelle d'une méningite morbilleuse.

Nous avons eu l'occasion de constater en mai 1934, chez un enfant atteint de rougeole un état méningé aigu avec liquide céphalo-rachidien clair.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, que l'on voit la première fois le 12 mai. Il a de la fièvre, un catharre oculo-nasal assez marqué ; on trouve quelques taches de Koplik tout à fait caractéristiques, qui permettent de poser aussitôt le diagnostic de rougeole. L'éruption cutanée fait son apparition, la rougeole évolue normalement, la température tombe progressivement ; le malade était à peu près apyrétique le 18 mai, lorsque le lendemain, la fièvre remonte assez brusquement à 38°8.

A l'examen, le petit malade est assez prostré. Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve à peine quelques râles légers qui ne peuvent expliquer la réascension de la température. Le lendemain, celle-ci atteint 39°, l'enfant est assez fatigué, les traits sont tirés, la langue est sèche, mais surtout il se plaint de la tête. Il a quelques nausées sans vomissements véritables. On note quelques mâchonnements. La recherche de la raideur de la nuque est positive. L'enfant ne peut fléchir la tête et d'ailleurs toute tentative cause de violentes douleurs. Le signe de Kernig est net, les pupilles sont inégales, la raie blanche de Sergent est facile à mettre en évidence. Les réflexes tendineux sont normaux, il n'y a pas de rétention d'urine.

Une ponction lombaire pratiquée retire un liquide céphalo-rachidien clair, s'écoulant facilement en gouttes pressées. Un examen des oreilles montre l'intégrité du tympan.

Le 20 mai, l'état général de l'enfant était assez grave. Celui-ci ne répondait plus aux questions qu'on lui posait, la température était à 39°4, le pouls régulier battait à 80.

Le lendemain, on constatait une modification complète du tableau clinique, le faciès du malade était complètement changé, l'enfant semblait plus éveillé, le signe de Kernig diminué, de même que la raideur de la nuque.

Le malade entre alors en convalescence, convalescence qui fut d'ailleurs assez longue, l'enfant restant assez fatigué.

La ponction lombaire montrait un taux d'albumine à 0 gr. 80, le dosage du glucose 0 gr. 55.

L'examen cytologique révèle une forte lymphocytose, plus de 500 éléments par mmc., pas de polynucléaires.

L'examen bactériologique montre l'absence de tout microbe.

L'examen biologique donne les résultats suivants :

1° B.-W. négatif ;

2° Réaction au benjoin colloïdal négative.

En résumé, il s'agit d'un enfant qui était atteint de rougeole d'allure banale et qui fut pris, en pleine période éruptive, de signes méningés, avec raideur de la nuque, signe de Kernig, céphalée intense.

La ponction donna un liquide assez clair à réaction lymphocytaire, à B.-W. négatif.

En quelques jours tous les signes méningés régressèrent et la guérison survint rapidement.

Sans doute, au cours de la rougeole, peut-on observer des méningites relevant d'affections secondaires staphylococciques ou pneumococciques et parfois consécutives à une otite latente.

Dans notre cas, ces faits sont à éliminer, ainsi que nous le montre l'examen du liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, la méningite tuberculeuse peut se rencontrer durant la convalescence d'une rougeole qui, on le sait, favorise l'éclosion d'une bacilliose ; mais ici, outre les renseignements fournis par la ponction lombaire, l'évolution de l'affection suffit à elle seule pour écarter l'idée d'une manifestation tuberculeuse. Il s'agit donc bien d'une méningite morbilleuse proprement dite.

Historique.

Les complications nerveuses au cours de la rougeole sont exceptionnelles. Elles existent cependant.

La plupart des observations signalées concernent des cas d'encéphalite et de myélite ; par contre, les observations de méningite sont beaucoup plus rares. C'est ainsi que GUY LAROCHE, qui a publié un cas de méningite morbilleuse en 1927, disait qu'à cette date il ne connaissait que deux autres observations analogues dans la littérature française.

Quels sont les faits qui ont été signalés jusqu'aujourd'hui, au sujet des complications nerveuses de la rougeole ?

En 1887, CADET DE GASSICOURT, dans son *Traité des Maladies de l'Enfance*, rapporte deux cas de paralysie consécutive à la rougeole. L'un était une paralysie généralisée, avec dysphagie et nasonnement, l'autre était une paraplégie survenue au dixième jour de l'éruption.

Un cas analogue de paraplégie, avec troubles sphinctériens a été signalé par RILLIET et BARTHEZ. En 1892, on trouve dans le *Traité de Médecine* de CHARCOT, BOUCHARD, BRISAUD, sous la plume de GUINON, que des paralysies à type périphérique, peuvent être constatées à titre exceptionnel, comme séquelles de la rougeole.

GRANCHER dit, dans le *Traité de Médecine* de BROUARDEL et GILBERT (1895) : « Nous ne citerons que pour mémoire, à cause de leur rareté... rachialgie, paralysies diverses, névralgies avec ou sans troubles moteurs des jambes. »

En 1897, COMBY dans le *Traité des Maladies des Enfants*, dit qu'on a signalé des névrites, des myélites se traduisant

par des paraplégies, des parésies, des troubles nerveux, ramollissement étendu de la moelle, méningites cérébro-spinales.

WEILL et PÉHU, disent : « Les méningites sont d'origine autogène et tuberculeuse. »

Le professeur TESSIER, en 1928 (*Nouveau Traité de Médecine*), dit à propos des complications nerveuses de la rougeole : « complications nerveuses sans gravité, convulsions, paralysies de diverses natures, d'origine plutôt médullaire. »

L'opinion des auteurs anglais nous est donnée par HARVEY dans *The Journal of the American Association of Chicago* (1897). Très peu d'auteurs parlent des complications nerveuses de la rougeole.

On voit donc que ces complications nerveuses ont été pendant longtemps méconnues avant HUTINEL qui mentionne le premier les méningites frustes à lymphocytes.

Nous avons réuni ci-après les différentes observations que nous avons trouvées dans la littérature :

OBSERVATION n° 1

(J. SEGLAS, *Presse Médicale*, 1897, p. 193.)

M^{me} B..., âgée de 30 ans, prend la rougeole dans les premiers jours de mars 1893, rougeole d'ailleurs bénigne et d'évolution normale.

La malade entrait en convalescence lorsque le 13 mars, subitement, elle se met à délirer, complètement égarée et désorientée, prononçant des paroles incohérentes.

Les troubles intellectuels se continuent ainsi jusqu'au 20 mars, caractérisés toujours par un état de confusion mentale permanent, entrecoupé de paroxysmes très courts avec délire, agitation anxieuse.

Rien d'ailleurs dans les différents appareils organiques. Tel était l'état des choses lorsque la famille me fit appeler en consultation.

Je trouve la malade calme, mais très obnubilée, semblant comprendre à peine ce qu'on lui dit.

Les pupilles sont dilatées mais égales ; on note un tremblement en masse des membres ; ceux-ci ont une raideur manifeste ; les réflexes rotuliens sont exagérés ; trépidation spinale, pas de troubles de la sensibilité.

La langue est très sale ; constipation, pouls normal à 80, pas de température.

Ces différents symptômes s'accroissent les jours suivants et de plus, dès le lendemain, on constate un certain degré de fièvre. Le surlendemain matin 22, la température est à 38°, le 23 à 39°8, le 24 à 40°4.

Je trouve ce jour-là la malade très abattue... la face est vultueuse, les pupilles inégales, les lèvres fuligineuses...

Raideur généralisée de la nuque et surtout des bras et des jambes ; trismus, spasmes du pharynx, hyperesthésie cutanée, raie méningitique, ventre rétracté en bateau, pas d'éruption cutanée, pas d'engorgement ganglionnaire.

Pouls petit et régulier à 140, température 41°.

Je revois la malade le lendemain 25 mars ; l'état de confusion délirante est toujours le même, seules les raideurs musculaires se sont un peu atténuées.

Cet état dura encore trois jours, puis la température s'abaissa définitivement. A partir de ce moment les symptômes s'atténuèrent petit à petit et disparurent en une dizaine de jours, sauf la confusion mentale qui dura trois semaines à peu près.

OBSERVATION n° 2

(HARVEY, *J. Am. Med. Ass. of Chicago*, 1897.)

Miss C..., Cubaine, âgée de 10 ans. L'enfant contracte la rougeole. L'exanthème est à son maximum d'intensité le 10 juillet. Le 15 juillet l'exanthème a presque disparu, mais la malade se plaint d'une vive douleur à la nuque. Il y a de la photophobie, et les pupilles sont en mydriase.

Le 18 juillet, l'état général s'est aggravé, l'enfant est incons-

ciente et immobile, seule une excitation violente la tire de sa torpeur.

Le corps entier est en contracture, cette attitude est plus marquée le soir. A ce moment le corps est presque en opisthotonos, le pouls est assez lent, la température à 40°.

Au bout de quelques jours, l'état s'améliore, les contractures et la rigidité disparaissent progressivement, la malade entre en convalescence.

L'auteur élimine tout d'abord la méningite tuberculeuse, à cause de la guérison rapide, et il conclut à une méningite cérébro-spinale.

On peut plutôt se demander s'il ne s'agit pas d'une méningite morbilleuse proprement dite étant donné ses caractères cliniques bruyants et alarmants et sa guérison rapide.

OBSERVATION n° 3

(LAGALLE, *Presse Médicale*, 1912, p. 741.)

Georges L..., 18 ans, entre le 22 février 1912, arrive avec une éruption de rougeole de moyenne intensité, datant de la veille.

Le troisième jour, il a une dyspnée violente..., l'auscultation ne fait entendre que quelques râles de bronchite, puis il semble perdre complètement connaissance, ne répond plus, a quelques mouvements convulsifs de la face, un peu de collapsus.

Il présente une certaine raideur de la nuque et de l'hyperesthésie généralisée, il délire pendant six jours, se plaint d'une violente céphalée, a toujours une hyperesthésie cutanée très vive, la nuque un peu raide, mais ni Kernig ni autre signe nerveux objectif.

Son liquide céphalo-rachidien un peu hypertendu ne présente pas d'élément pathologique.

Le délire persiste encore deux ou trois jours, mais cinq jours après il entre en convalescence qui est normale.

OBSERVATION n° 4

(LAGALLE, *Presse Médicale*, 1912, p. 741.)

Léonie Iz..., 40 ans, sans antécédents de troubles mentaux, d'alcoolisme ou de syphilis, est envoyée le 31 décembre 1911 pour méningite cérébro-spinale.

Elle a présenté, cinq jours auparavant, une éruption morbilieuse, précédée de phénomènes de catarrhe oculo-nasal et d'angine assez forte. La veille, elle a été prise de céphalée très violente, puis est tombée dans un état subcomateux.

La nuque est raide, elle offre un léger degré de nystagmus horizontal, mais elle n'a ni signe de Kernig, ni paralysie oculaire, ni troubles des réflexes pupillaires, ni signe de Babinski, ni troubles de la motilité ou de la réflexivité des membres.

Il existe une hyperesthésie généralisée très forte... Une ponction lombaire donne issue à 20 cmc. de liquide clair hypertendu, sans éléments anormaux.

Pendant six jours, elle a du délire avec hallucinations, dès le troisième jour la nuque est redevenue souple, l'hyperesthésie est moins marquée.

Au douzième jour, les troubles psychiques eux-mêmes ont disparu.

OBSERVATION n° 5

(LEMIERRE, MICHAUX, et LIMASSET, *Société Médicale des Hôpitaux*, 16 mars 1917, p. 497.)

Etat méningé avec liquide céphalo-rachidien puriforme au cours d'une rougeole. Particularité de la formule cytologique.

Le soldat B... Pierre, au 1^{er} régiment d'infanterie, a eu, à la fin de 1915, une parathyphoïde. Au mois de novembre 1916, il est atteint d'une pneumonie de la base gauche pour laquelle il est soigné dans une ambulance, puis envoyé en permission.

Il regagne son dépôt divisionnaire à la fin de janvier 1917.

Quelques jours plus tard, il est pris de maux de tête, de fris-

sons, de toux ; il est évacué sur une ambulance, avec le diagnostic de congestion pulmonaire. On constate alors du catarrhe oculo-nasal, de la bronchite, puis on voit apparaître une éruption de rougeole. Il est transporté à l'hôpital dans le service de l'un de nous.

A son entrée au pavillon d'isolement, le 7 février 1917, la température du soir atteint 40°3. L'éruption de la rougeole est caractéristique, s'étendant à la face, au tronc, aux membres.

Le malade est très abattu et dyspnéique ; le pouls bat à 86 par minute.

On trouve à l'auscultation des ronchus et des sibilances disséminés et des râles fins aux deux bases. Les urines sont foncées ; mais non albumineuses.

Un peu de douleur à la pression de la fosse iliaque droite.

Le 8 février, température : matin 39° ; soir 40°. Bruits du cœur bien frappés. Pouls 85, mêmes signes pulmonaires diffus que la veille, et de plus, foyers de râles sous-crépitaux à la base droite.

Expectoration abondante, muco-purulente, urines non albumineuses.

Céphalée intense.

Le 9 février, température : matin 37°8 ; soir 38°2. Pouls 85, même état.

Le 10 février, température : matin 39° ; soir 40°2. Pouls 98, même état.

Le 11 février, température : matin 39°5 ; soir 39°. Pouls 90, mêmes signes pulmonaires.

Le malade est extrêmement prostré. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et paraît ne pas les comprendre. Il se plaint seulement d'une céphalée très intense. Il a des nausées. On constate de la raideur de la nuque, mais pas de signe de Kernig. Les réflexes sont normaux. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien trouble, d'aspect puriforme, s'écoulant facilement en gouttes foncées.

Le 12 février, température : matin 37°7, soir 36°7. Pouls 80, la prostration n'a pas diminué, la céphalalgie semble aussi vive.

La raideur de la nuque persiste sans signe de Kernig.

Il existe une photophobie manifeste. Il y a de l'inégalité pupillaire avec plus grande largeur de la pupille droite.

Le malade n'a pas uriné depuis la veille et le cathétérisme vésical ne ramène pas une goutte d'urine.

Une nouvelle ponction lombaire donne un liquide identique à celui de la veille.

Le 13 février, température : matin et soir 36° , pouls 73. La raideur de la nuque est moins accentuée. La torpeur persiste, ainsi que l'inégalité pupillaire. Le malade a uriné la nuit précédente. Persistance du foyer de sous-crépitations de la base droite.

Le 14 février, température : matin $36,6$, soir $36^{\circ}7$. Le malade est sorti de sa torpeur et répond aux questions. La céphalalgie, la raideur de la nuque et l'inégalité pupillaire ont disparu.

Urines 750 grammes, pas d'albumine.

Le 15 février, température : matin $36^{\circ}6$, soir $36^{\circ}9$. Pouls 65.

Le malade est complètement éveillé. Il se plaint seulement d'un peu de lourdeur de la tête. Urines 1.250 cmc.

A partir de ce moment, la convalescence se poursuit sans incidents notables. L'éruption disparaît, ainsi que les symptômes pulmonaires.

La diurèse atteint 2 litres le 18 février et 2 l. 1/2 le 19 février. La température reste entre 36° et 37° jusqu'au 27 février, puis elle se maintient à 37° .

Le malade, notablement amaigri, reprend peu à peu sa force et son embonpoint et part en congé de convalescence le 12 mars 1917.

Examen du liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire des 11 et 12 février.

Le liquide d'aspect puriforme ; culot de centrifugation abondant.

L'examen cytologique montre uniquement des mononucléaires. Il n'y a que 20 % de lymphocytes. Les autres éléments sont des moyens mononucléaires avec quelques grands mononucléaires.

L'ensemencement du liquide sur gélose ascite reste négatif.

Résumons en quelques mots cette observation. Un homme atteint d'une rougeole, d'ailleurs sévère, fut pris en pleine pé-

riode éruptive de céphalalgie intense, de torpeur allant presque jusqu'au coma, de raideur de la nuque, de photophobie, d'inégalité pupillaire et d'anémie.

Deux ponctions lombaires pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle donnèrent un liquide d'aspect puriforme. Au bout de quarante-huit heures tous les symptômes méningés s'amendèrent et la guérison survint sans encombre.

Si des méningites s'observent parfois au cours de la rougeole, elles sont le fait d'infections secondaires streptococciques ou pneumococciques et sont parfois consécutives à des otites. La méningite tuberculeuse peut également se rencontrer surtout pendant la convalescence.

Chez notre malade, il s'est agi de tout autre chose. L'évolution des accidents méningés a été rapide et favorable. L'examen bactériologique du liquide puriforme a été négatif. La formule cytologique enfin où nous relevons 80 % de leucocytes mononucléaires moyens et 20 % seulement de lymphocytes représente quelque chose de si particulier qu'on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre les accidents méningés de notre malade et la méningite ourlienne.

Evolution assez semblable des symptômes, analogie frappante de la formule cytologique. Notons en passant que nous n'avons noté dans notre cas aucun symptôme d'oreillons. La méningite ourlienne est de toute évidence due à l'agent spécifiquement inconnu des oreillons. L'agent spécifique inconnu de la rougeole peut-il provoquer des déterminations méningées, et est-ce un cas de ce genre que nous avons observé ? Nous sommes tentés de le croire.

Il faudrait pour aboutir à une conclusion sur ce point pouvoir grouper un certain nombre de cas semblables au nôtre, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'état du liquide céphalo-rachidien. Nous n'avons pu, en raison des circonstances actuelles, faire les recherches bibliographiques nécessaires ; nous avons pourtant l'impression que ces faits doivent être rares et que le virus de la rougeole n'aime pas, à beaucoup près, les méninges au même degré que le virus des oreillons.

L'avenir seul nous apprendra s'il existe une méningite rubéo-

lique, dont la formule cytologique nous donnera le diagnostic, en nous permettant de porter un pronostic favorable, malgré l'aspect puriforme du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION n° 6

(DUCHESNAY, thèse Lioret, Paris 1930.)

Guy B..., 3 ans, sans passé pathologique jusqu'alors, contracte la rougeole auprès de son frère aîné. Il a une rougeole bénigne, mais nette le 5 juin 1930...

Le 8 juin il reprend une vie normale.

Mais le 10 juin il a un frisson et sa mère est obligée de le coucher et d'appeler le médecin. Celui-ci est frappé dès l'abord par l'aspect figé et la rigidité du petit malade. L'enfant a, de plus, de la photophobie. Les pupilles sont en mydriase légère, mais il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

On constate de la raideur de la nuque, le signe de Kernig existe, le redressement des jambes est très douloureux et arrache des cris à l'enfant. De plus, il n'a pas été à la selle et a vomi une ou deux fois.

En même temps que ces phénomènes méningés, il s'est déclaré une broncho-pneumonie...

Le 14 juin, le médecin pratique une ponction lombaire. Du liquide céphalo-rachidien limpide s'écoule goutte à goutte.

Les phénomènes méningés s'amendent alors très rapidement, la réaction a duré en tout cinq à six jours.

Il n'en est pas de même du côté de l'appareil respiratoire... L'enfant est actuellement bien portant.

Voici l'examen du liquide céphalo-rachidien :

Albumine	0,20
Glucose	0,45
Lymphocytes	0,8 par mmc.

Pas de germes.

OBSERVATION n° 7

(DENECHAUX, *Paris Médical*, 1918, p. 111.)

Le jeune C..., 11 ans, a présenté vers 5 ans 1/2 une poussée fébrile vespérale de cinq semaines, avec adénoïdite et adénopathie cervicale. L'ablation des végétations et des amygdales, suivie d'une saison à Salies, semble l'avoir très amélioré... La rougeole débute normalement le 26 mars 1918 ; il a 38°8. L'éruption apparaît le 29, le 31 elle est à son maximum. Le 1^{er} avril la fièvre tombe, le 2 au matin la température ne dépasse pas 37°. Le père, médecin distingué, le croit guéri, il n'y eut pourtant ni hypothermie, ni polyurie, la crise en un mot a fait défaut.

Le 2 au soir, l'enfant a 37°8 et le lendemain matin 38°. Il est abattu, tousse un peu et présente une irrégularité anormale du pouls.

Ce même soir, 3 avril, il a 38°6, se plaint vivement de la tête, il est constipé, il a des nausées.

C'est le lendemain 4 avril que nous l'examinons avec son père, qui nous le montre, se plaignant violemment de la tête, du front et de la nuque, fuyant la lumière, craignant le moindre bruit ; il veut rester seul, présente quelques mâchonnements, se plaint de nausées, sans avoir encore de vomissements. Son pouls est des plus irréguliers, plutôt lent à notre examen ; la recherche de la raideur de la nuque est très positive, l'enfant ne peut fléchir la tête et toute tentative cause de réelles douleurs à la nuque ; le Kernig est moins intense, mais très marqué cependant. Rien à la gorge, rien de net aux poumons, malgré une toux fréquente.

Le foie, la rate ne sont pas augmentés de volume ; les urines sont albumineuses ; il existe une notable poussée ganglionnaire cervicale et sur les téguments sont apparues des macules rouges séparées par des intervalles de peau saine, beaucoup plus larges que celles de la rougeole, non prurigineuses et au maximum sur l'abdomen et sur le thorax. Enfin la raie blanche de Sergent est facile à mettre en évidence.

Réaction fébrile, érythèmes, ganglions hypertrophiés, un peu d'albuminurie et surtout les signes méningés dominant tout le tableau clinique ; tel est l'état de cet enfant à notre premier examen.

Ces phénomènes méningés s'accroissent le jour suivant. A la céphalée, à la constipation, à la raideur de la nuque et au Kernig se joignent des vomissements répétés à la moindre prise de liquide. Il existe de la photophobie, de l'hyperacousie, des troubles vaso-moteurs (raie méningée), de la torpeur et une irrégularité de plus en plus marquée du pouls.

L'éruption, il est vrai, s'est étendue au tronc, aux membres, aux fesses, épargnant la figure : elle reste rubéoliforme sauf au niveau des fesses où elle forme un large placard scarlatini-forme ; l'arythmie persiste et le premier bruit à la pointe s'assourdit. On explore minutieusement les oreilles, la mastoïde, on agite l'idée d'une ponction lombaire que l'on remet un peu dans l'espoir qu'il s'agit d'une de ces réinfections de convalescence et surtout dans la crainte de trouver une réaction méningée enlevant tout espoir à ce milieu trop bien averti. Traitement symptomatique.

Le 6 avril au matin, les vomissements se répètent malgré la diète absolue ; il existe des troubles vaso-moteurs, alternatives de rougeur et de pâleur du visage ; la méningite semble évidente, lorsqu'à l'examen on est surpris de constater une diminution notable de la raideur de la nuque ; le Kernig est moins net ; à midi la détente est plus évidente, la température de 39°5 est tombée à 38°2, aussi le Dr DEBRÉ mandé en consultation, remet-il la ponction lombaire ; il demande un examen d'oreilles plus minutieux et pratiqué le soir même par le Dr HAUTANT. Il est négatif.

L'amélioration tend d'ailleurs à s'accroître, la température tombe le 6 au soir à 37°7 et le 7 à 37°3 ; la céphalée est atténuée et le soir même, 7 avril, l'enfant peut garder du liquide.

La nuit suivante il peut dormir ; son éruption s'efface en quarante-huit heures.

Il a le 8 une polyurie abondante, sans albumine. Seul le pouls

reste faible et arythmique avec une pression de 7,25, 3,25 au Pachon-Lian.

Bientôt tous les phénomènes ont disparu ; seule l'arythmie avec bradycardie légère et hypotension persistera, ainsi qu'un amaigrissement et une asthénie peu habituels au cours de la convalescence des maladies infectieuses.

Le jeune C... refait une légère poussée fébrile quelques jours plus tard. Un mois et demi après, il est encore pâle, amaigri, déprimé.

Il conserve de l'arythmie avec hypotension.

OBSERVATION n° 8

(MM. Guy LAROCHE et QUIOC, *Société Médicale des Hôpitaux*,
28 novembre 1923.)

Nous avons eu l'occasion d'observer en juin dernier un enfant atteint au décours d'une rougeole d'un état méningé aigu avec liquide céphalo-rachidien trouble et aseptique (avec les méthodes de culture ordinaires).

Observation unique. — Enfant de 11 ans, sans passé pathologique, il est vu le 11 juin 1923 par l'un d'entre nous pour fièvre, catarrhe oculo-nasal et exanthème pharyngé ; il présente des taches de Koplik caractéristiques. Les jours suivants, la rougeole évolue normalement avec un exanthème très intense, et dans les délais normaux la fièvre commence à baisser. Elle n'atteignait pas cependant tout à fait la normale, lorsque le 15 et 16 juin, elle remonte brusquement à 38°5, puis à 39°6 et 40°1. L'enfant est prostré et présente un peu de raideur de la nuque et de la colonne vertébrale ; à l'auscultation, on ne trouve qu'une respiration un peu soufflante au sommet gauche, mais ces signes fugaces disparaissent en quelques heures ; il n'y a d'ailleurs pas de dyspnée. Le lendemain, l'état apparaît grave : le facies est tiré, la langue sèche. L'enfant, qui répond difficilement aux questions posées, est dans un état somnolent. La raideur de la nuque et le signe de Kernig sont très marqués. Les

pupilles sont inégales et paresseuses à la lumière. Rétention d'urine depuis vingt-quatre heures.

Une ponction lombaire est pratiquée : en raison de l'état louche du liquide céphalo-rachidien on injecte 10 cmc. de sérum antiméningococcique, en attendant l'examen cyto bactériologique.

Le 18 juin, l'état est grave, l'enfant est dans le sub-coma, ne répondant pas aux questions ; le pouls régulier bat à 58-60 par minute. La rétention d'urine persiste ; le sondage donne 250 grammes d'une urine très colorée, ne contenant pas d'albumine ; les signes généraux graves contrastent avec l'abaissement de la température à la normale qui s'est fait en trente-six heures.

Le lendemain, d'ailleurs, le changement de tableau est complet, l'enfant sorti du coma, répond aux questions et la raideur diminue. Cependant il redevient somnolent dans les douze heures qui suivent une dernière ponction lombaire et la rétention d'urine, qui avait cessé, se reproduit.

Le 20 juin, l'amélioration clinique est considérable. L'enfant est très éveillé ; cependant il persiste de la raideur et de la rétention d'urine. Dès lors, il entre en convalescence : celle-ci fut d'ailleurs assez longue. Ce n'est qu'après plusieurs semaines de repos avec séjour à la campagne que cet enfant retrouve son état normal.

Voici le détail des examens pratiqués sur les liquides céphalo-rachidiens.

Première ponction le 17 juin.

Liquide trouble contenant 208 cellules par mmc.

Polynucléaires	6 %
Lymphocytes	94 %

Pas de microbes sur lames. Recherche du bacille de Koch négative. Cultures négatives (gélose, bouillon, gélose-ascite).

Albumine	0,75
Glucose	0,55
NaCl	7,30

Deuxième ponction (19 juin).

Liquide clair contenant 395 leucocytes par mmc.

Polynucléaires	5 %
Lymphocytes	95 %

Pas de microbes sur lames. Recherche du bacille de Koch négative. Cultures négatives.

Albumine	0,80
Glucose	0,60
NaCl	7,45

Troisième ponction (22 juin).

Liquide clair contenant 670 lymphocytes par mmc.

Albumine	0,39
Glucose	0,60

Ce liquide fut inoculé au cobaye à la dose de 10 cmc. en injection intra-péritonéale. Le cobaye resta bien portant ; sacrifié le troisième mois, il ne présentait aucune lésion suspecte.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht pratiquées sur le sang du malade ont été négatives.

En résumé : Il s'agit d'un rougeoleux de 11 ans, qui, au décours d'une rougeole typique, présenta, sans signes otitiques, un état méningé aigu avec signes cliniques très graves et énorme réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien, à prédominance lymphocytaire. L'intensité des signes généraux et méningés, le coma, la rétention d'urine, firent d'abord penser à une complication grave : méningite cérébro-spinale ou otitique, ou méningite tuberculeuse. Mais l'absence d'otite et de broncho-pneumonie, les résultats de la ponction lombaire et l'évolution rapidement favorable de la maladie nous permirent de porter le diagnostic d'état méningé aigu secondaire à la rougeole. Les résultats négatifs des examens sur lame et l'inoculation du

liquide céphalo-rachidien au cobaye rassurèrent enfin les parents du malade en excluant définitivement l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse dont ils eurent pendant longtemps la hantise.

Les ponctions lombaires successives nous permirent d'observer deux faits curieux : le liquide fut trouble dans la première ponction et clair lors des deux suivantes, or, contrairement à ce que nous attendions, les liquides furent de plus en plus riches en cellules : 208, 395 et 670 le septième jour ! La réaction cellulaire augmentait considérablement, faisant contraste avec l'amélioration évidente des signes cliniques.

Nous n'avons pu, malheureusement, faire d'autres ponctions : il eut été intéressant de vérifier, si cette lymphocytose persistait longtemps après la guérison clinique apparente, comme cela est le cas pour les méningites ourliennes et zonateuses.

Nous croyons que le petit malade que nous avons observé a été atteint d'une méningite morbilleuse, complication si rare de la rougeole que jusqu'à ces dernières années on doutait de son existence.

OBSERVATION n° 9

(MARRE, Thèse Lioret, Paris, 1930.)

M^{lle} L. D... est prise, après trois jours de malaise, le 1^{er} avril 1922, de catarrhe oculo-nasal, toux et fièvre à 39°4.

Le lendemain, 2 avril, éruption de rougeole sur la face ; les jours suivants l'éruption s'étend au reste du corps, discrète sur le tronc.

Le 4 avril, troisième jour de l'éruption, l'exanthème a disparu, la température est tombée à la normale, la malade est gaie et semble devoir guérir rapidement.

Le soir, cependant, apparition brusque d'une céphalée intense. La nuit est très mauvaise et le lendemain 5 avril, bien que la température et le pouls soient encore normaux, la céphalée persiste, la raideur de la nuque et le Kernig apparaissent ; aucune manifestation du côté des oreilles.

Le 6 avril, mêmes signes, avec, en plus, élévation thermique à 37°2 le matin, 38°2 le soir, pouls à 80, régulier, pas de troubles oculaires ni des réflexes, mais constipation, rétention d'urine, prostration.

La ponction lombaire amène un liquide clair, qui s'écoule en jet, et dont l'examen donne les résultats suivants :

Aspect limpide ;

Albumine 0,80 % ;

Leucocytes 336 par mmc. à la cellule de Nageotte.

Culot de centrifugation :

Polynucléaires 63 % ;

Lymphocytes 37 %.

Examen bactériologique négatif.

Le lendemain 7 avril, détente, température à 37°3-37°1, pouls régulier à 70. La malade parle volontiers, déclare sa céphalée très atténuée, mais se plaint de douleurs lombo-abdominales.

Le 8 avril, une deuxième ponction lombaire donne issue à un liquide clair avec les caractères suivants :

Aspect limpide ;

Albumine 0,35 ;

Leucocytes 24 par mmc.

Culot de centrifugation :

Lymphocytes sans polynucléaires.

Examen bactériologique négatif.

Amélioration considérable, puisque le taux de l'albumine a baissé de plus de la moitié et que le chiffre des leucocytes, au lieu de croître, est tombé de 336 à 24, les lymphocytes remplaçant les polynucléaires.

Le 9 avril, la température reste normale, le pouls présente quelques irrégularités ; persistance de douleurs lombo-abdominales et de troubles sphinctériens, quelques nausées.

Le 10 avril, le Kernig s'atténue, il y a une miction spontanée ; le 11 avril l'amélioration s'accroît, le Kernig est très atténué... Le 12, et surtout le 13 avril, l'amélioration est considérable... Le 14 et le 15 avril, reprise des douleurs lombo-abdominales et de quelques difficultés pour uriner, la température s'élève à 37°5 le soir. Ponction lombaire qui donne les résultats suivants :

Albumine 0,20 ;

Leucocytes 11 par mmc.

Culot de centrifugation :

Lymphocytes (présence).

Examen bactériologique négatif.

Le 16 avril, grande amélioration.

Le 18, température à 38°2 avec algies multiples, mais à partir du lendemain 19, tout rentre dans l'ordre et la malade peut être considérée comme convalescente.

L'apparition de cette méningite au décours d'une rougeole avait inspiré des inquiétudes d'autant plus vives, que le père de la jeune malade était un vieux bacillaire et que sa sœur était morte quelque temps auparavant de méningite tuberculeuse.

La non-constatation de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, le pourcentage élevé de polynucléaires, constaté lors de la première ponction, ne suffisait pas à rassurer ; seule l'évolution a montré qu'il s'agissait d'une méningite bénigne. A l'heure actuelle, huit ans après cette attaque méningée, la jeune fille est en très bonne santé.

OBSERVATION n° 10

(MM. BOISSERIE, LACROIX et MALAPLATE,
Journal de Médecine de Bordeaux, 25 décembre 1927.)

L'enfant Maurice H..., 7 ans, entre à l'hôpital le 25 juillet. Son médecin nous l'adresse avec le diagnostic de réaction méningée, caractérisée par les signes suivants : vomissements, vertiges,

céphalée intense, strabisme avec diplopie, ébauche de Kernig.

Bien portant jusqu'au 24 juillet, il a été pris assez brusquement, ce jour-là, des signes précédents.

Les antécédents familiaux ne révèlent rien d'anormal.

Parents. — Bien portants, ni frère, ni sœur. L'enfant s'enrhume facilement et contracte une bronchite au début de chaque hiver. Nervosisme moyen.

Examen. — Enfant d'apparence chétive, grand pour son âge, maigre, le teint pâle.

Le petit malade est étendu dans son lit en position de « chien de fusil » ; la tête tournée du côté opposé à la lumière (photophobie) ; immobile, il répond difficilement aux questions. Il se plaint de céphalée violente depuis l'entrée à l'hôpital. Constipation datant de trois jours.

On note une raideur de la nuque très accentuée et un signe de Kernig positif ; réflexes tendineux normaux ; raie vasomotrice prolongée. Au point de vue oculaire : photophobie, diplopie et strabisme interne.

Température $38^{\circ}4$; pouls 100, non arythmique. Une ponction lombaire pratiquée donne issue à un liquide clair qui s'écoule sous forte tension ; l'examen de ce liquide, pratiqué par M. le professeur DUPÉRIÉ, donne : liquide eau de roche, albumine normale, sucre normal, réaction de Pandy négative, absence de réaction cytologique à l'examen du sédiment.

Les urines sont normales. Aucun signe d'hérédosyphilis, on institue un traitement symptomatique : glace sur la tête, lavements.

Le 28 juillet, la température qui, la veille, s'était élevée à $38^{\circ}6$ et $39^{\circ}2$, monte, le matin, à $39^{\circ}4$. Les signes méningés persistent. L'examen du malade révèle un catarrhe oculo-nasal assez accentué, de la stomatite érythémateuse, du Koplik, et enfin quelques macules très discrètes de rougeole au niveau de la face. Dans la soirée l'éruption se généralise en s'accroissant. Le lendemain elle recouvre tout le corps. En même temps que s'installent les phénomènes cutanés de la rougeole, les symptômes méningés régressent rapidement : la céphalée disparaît, les vomissements et la constipation cèdent ; le Kernig s'amende,

seule persiste une légère raideur de la nuque. Durant les cinq jours qui suivent (29-30-31 juillet, 1^{er} et 2 août), la rougeole qui est traitée par la médication habituelle évolue normalement. Le 3 août, poussée fébrile (38°2) que l'on attribue à la bronchite assez forte que présente l'enfant. Les signes méningés ont pour ainsi dire entièrement disparu. A aucun moment, du reste, si l'on met à part le mode de début, la rougeole n'a semblé évoluer d'une façon anormale et n'a présenté des symptômes de gravité particulière.

Le 5 août, la température qui était de 37° le matin monte brusquement à 40° l'après-midi ; en même temps le pouls passe de 110 à 128, la respiration de 35 à 50 mouvements par minute. Le malade est de nouveau très abattu, présentant un tableau clinique identique à celui qu'il avait lors de son entrée à l'hôpital, attitude en « chien de fusil », Kernig, raideur de la nuque, céphalée, photophobie, constipation. Seul le strabisme constaté lors de la première atteinte n'a pas reparu, l'examen des oreilles est négatif, l'enfant entend bien, ne présente pas la moindre sensibilité à la pression des mastoïdes. Un examen des yeux (D^r PESME) pratiqué le 6 août, montre : « à gauche, névrite optique inflammatoire très accusée, du type méningite optique (papille rouge à contours estompés, œdémateux, pas d'hémorragies péri-papillaires). A droite, névrite optique moins accusée, mais non douloureuse ».

A cette date, les manifestations cutanées de la rougeole ont entièrement disparu. On pratique une deuxième ponction lombaire qui ramène un liquide clair, eau de roche, albumine normale, sucre légèrement augmenté ; réaction de Pandy négative, pas de réaction cytologique.

N'ayant pas à notre disposition de sérum de convalescent nous instituons un traitement à la septicémine intra-veineuse : chaque jour l'enfant reçoit une injection de 2 cmc. 50.

Les 6 et 7 août, les phénomènes généraux persistent très accentués : la température oscille autour de 40° ; le pouls est extrêmement rapide, non arythmique ; constipation, urines peu abondantes, ne contenant pas d'éléments anormaux, grand abatement.

Le 8 août, sédation très rapide, chute brusque de la température, euphorie. Le malade ne présente plus qu'un peu de raideur de la nuque. L'état bronchitique a disparu. Il quitte l'hôpital le 12 en bon état. Avant son départ, un nouvel examen du fond de l'œil montre une amélioration considérable de l'œdème papillaire qui a presque disparu, la papille tend à reprendre son aspect normal quant à sa forme et à sa couleur.

Un examen des oreilles (D^r RETROUVEY) ne montre rien d'anormal : acuité auditive bonne ; tympanes sains ; présence de végétations adénoïdes dans le pharynx.

Durant un mois, nous perdons ce malade de vue, son état général est, d'après les dires de sa famille, resté bon : pas de fièvre. Appétit excellent. Vers la fin du mois d'août, l'enfant, qui commence à se lever, éprouve des difficultés à la marche. En outre, il peut difficilement tenir sa tête droite ; les mouvements de ses bras sont exécutés de manière défectueuse.

Ces symptômes décident la famille à nous ramener l'enfant le 13 septembre.

Examen du 13 septembre. — La station debout et la marche sont impossibles lorsque l'enfant n'est pas soutenu sous les épaules. Il s'appuie très mal sur ses membres inférieurs, surtout sur le membre inférieur gauche : démarche ébrieuse ; steppe du pied gauche ; fauche légèrement du membre inférieur droit. La colonne vertébrale est pliée en avant ; la tête mal soutenue ballotte.

En position assise, l'enfant a tendance à tomber en avant, sa tête l'entraînant. On est frappé par l'atrophie considérable des muscles des membres, qui semblent fondus, atrophie prédominante au niveau des fesses, des cuisses, des muscles de la jambe gauche, des muscles de la loge interne de la jambe droite. Pseudo-hernie ventrale bi-latérale.

Mouvements actifs des membres inférieurs exécutés gauchement, surtout du côté droit.

Au niveau des membres supérieurs, tremblement intentionnel très net des deux côtés ; mouvements choréo-athétosiques bilatéraux ; pas de dysmétrie, pas d'adiadococinésie ; sens sté-

réognostique bien conservé. Les mouvements commandés sont exécutés avec lenteur. Aucun trouble de la sensibilité provoquée ; pas d'algies spontanées.

Pas de paralysies faciales ou oculaires ; le voile du palais se contracte normalement.

Signe du facial négatif. Par contre, les muscles de la nuque sont parésiés ; l'enfant ne peut rabattre la tête en hyperextension.

Réflexes rotuliens, achilléens, occipitaux, radiaux très vifs des deux côtés. Signe de Babinski normal. Réflexes cutanés, abdominaux et crémastériens faibles. Au cours de plusieurs examens, nous n'avons pas vu de myoclonies.

Réflexes pupillaires normaux ; pas de nystagmus, raie vasomotrice prolongée ; pas de troubles trophiques.

Constipation ; incontinence d'urine.

Sommeil normal, connaissance parfaite : enfant gai, enjoué, se prêtant bien à l'examen, répondant très correctement avec une intelligence avancée pour son âge. Quelques crises de colère.

Examen électrique (D^r ROQUES). — Tous les muscles des membres conservent une excitabilité faradique légèrement diminuée et une excitabilité galvanique normale. La durée de la secousse galvanique est brève.

Examen des yeux. — Papilles rouges hyperhémisées ; mais sans œdème et sans stase ; acuité visuelle à 2/3 sans correction des deux côtés ; musculature extrinsèque et intrinsèque normales.

Bordet-Wassermann dans le sang : douteux (nous n'attachons aucune importance à ce résultat, le sang n'ayant pu être prélevé que par ventouse scarifiée et le sérum étant resté en contact avec le caillot durant trois jours), l'enfant ne présente aucun signe d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION n° 11

(M. PÉHU et M^{lle} LAMBERT, *Lyon Médical*. Société médicale des Hôpitaux de Lyon.)

Méningo-encéphalite paramorbilleuse chez un enfant de 11 ans.
Enfant de 11 ans envoyé à l'Hôpital Debrousse le 18 février

1931 pour état méningé apparu quatre jours après une éruption de rougeole. Les antécédents sont normaux. L'état de santé a toujours été satisfaisant. Le début de la maladie actuelle remonte au 8 février 1931 caractérisé par des frissons, de la température. Quatre jours plus tard apparition d'une éruption morbillieuse typique avec début par la face, envahissant rapidement le tronc, les membres.

Epistaxis. L'éruption garde toute son intensité pendant deux jours. Le dimanche 15 février, elle commence à décroître. Baisse de température. Nouvelle épistaxis. L'état général est bon. Le lendemain, 16 février, la température remonte à 38° et 40°, le 17 février elle est à 39°4. Un médecin appelé constate que l'enfant est triste, abattu. Il présente un signe de Kernig, sans raideur de la nuque, ni céphalée, ni vomissement.

A l'entrée, le 18 février, on se trouve en présence d'un enfant abattu, indifférent à ce qui se passe, répondant cependant aux questions posées.

Couché dans son lit, le dos tourné à la lumière, en chien de fusil, il gémit quand on veut lui faire exécuter un mouvement.

Pas de raideur de la nuque, mais Kernig indiscutable. Ebauche de Brudzinski des deux côtés. Pas de céphalées.

Les réflexes rotuliens sont polycinétiques. Les réflexes achilléens normaux. Léger tremblement des extrémités. Examen viscéral complètement négatif. Pas d'albumine.

Enfin, l'on remarque les traces d'une éruption morbillieuse en décroissance, mais encore très nette ; les éléments éruptifs très nombreux, presque confluent, sont un peu ecchymotiques. Pas de catharre oculo-nasal, pas de Koplik.

L'examen oculaire est pratiqué (D^r BRUSSY) ; les réflexes sont normaux ; pas de paralysie oculaire.

L'examen des oreilles ne révèle rien d'anormal. Une ponction lombaire montre un liquide limpide qui contient 108 éléments par mmc. dont voici la proportion :

Lymphocytes	65
Cellules endothéliales	29
Polynucléaires	6

Albumine	
Sucre normal	0,90

pas d'élément microbien.

En somme, il s'agit d'un enfant présentant les signes d'une méningo-encéphalite survenue quatre jours seulement après une éruption morbillieuse, alors que l'éruption sur le corps tout entier persistait.

L'examen des oreilles, négatif, permet d'écarter une méningite otogène. Le diagnostic peut être discuté entre une méningite tuberculeuse et une méningo-encéphalite morbillieuse. C'est à ce dernier diagnostic que nous nous rattachons, car si la méningite tuberculeuse survient assez fréquemment après une rougeole, c'est dans la convalescence en général qu'elle apparaît, donc à une période beaucoup plus tardive et exceptionnellement au moment de l'éruption.

Le 21 février, l'état est stationnaire : la somnolence, la torpeur sont intenses, même plus marquées qu'à l'entrée ; Kernig et raideur de la nuque. Réflexes rotuliens polycinétiques. Babinski bilatéral. Pas de vomissements. Pas de céphalées.

Examen oculaire négatif.

Depuis l'entrée, la température est autour de 37° ; constipation.

Le 24 février, très légère amélioration.

Prostration un peu moins intense. Les réflexes rotuliens ne sont plus polycinétiques, constipation toujours marquée.

Le 25 février, une ponction lombaire pratiquée montre la diminution de la réaction méningée.

7 lymphocytes par mmc.

Albumine 0,30, sucre normal.

Le 27 février l'amélioration se poursuit très lentement. Le malade est un peu plus conscient, mais il est encore prostré. Il ne vomit pas, s'alimente. Kernig et raideur de la nuque. Babinski surtout net à droite. Pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles de la motilité.

Une radiographie thoracique montre une image normale.

Le 9 mars, on note que l'amélioration est marquée depuis le dernier examen. Les réflexes sont devenus normaux. Il n'y a plus de Babinski. Il persiste encore une légère raideur de la nuque et du Kernig. Pas de Brudzinski. La prostration est encore marquée, mais le malade commence à s'intéresser à ce qui l'entoure. Pas de vomissements, pas de céphalées.

Ponction lombaire : albumine, moins de 0,60, sucre normal. Cytologie : un lymphocyte par mmc.

En somme, liquide céphalo-rachidien normal.

Le 20 mars, on note une sédation de tous les symptômes. Les signes méningés ont presque complètement disparu ; il persiste seulement une très légère raideur de la nuque. Le malade va bien, n'est plus prostré, montre de la gaieté. La température est normale.

Le 23 mars, l'enfant quitte le service, ayant commencé à se lever, complètement guéri de tous les symptômes nerveux notés lors de son admission à l'hôpital.

En somme, il s'est agi d'un jeune garçon de 11 ans qui, au déclin même d'une éruption morbillieuse authentique, alors que l'exanthème était encore bien visible, a présenté les signes d'une méningo-encéphalite. Celle-ci a été caractérisée :

- 1° par des signes méningés bien accusés : Kernig, raideur de la nuque, Brudzinski, constipation ;
- 2° par des signes d'encéphalite : torpeur et prostration considérables ;
- 3° par une modification du liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire a montré un liquide à prédominance lymphocytaire avec hyperalbuminurie sans hypoglycorrachie.

Le tableau clinique persista pendant dix jours environ sans modification. Puis survint une amélioration lente et progressive de tous les symptômes pour aboutir à une guérison à peu près complète un mois après le début de l'affection, comme au surplus il est fréquent de le constater dans ces manifestations nerveuses.

La particularité de l'observation rapportée par nous est que la complication méningo-encéphalitique est survenue en même

temps que l'éruption. Les signes d'une manifestation sur les centres nerveux étaient caractérisés, alors que l'on voyait sur la peau l'exanthème morbillieux à peine décroissant. En général, les complications nerveuses surviennent lorsque cet exanthème est déclinant ou disparu.

OBSERVATION n° 12

(André DUFOURT, *Journal de Médecine de Lyon*,
20 février 1930.)

Nous avons observé le cas suivant pour lequel on a le droit d'invoquer l'action du virus de la rougeole.

D... Jean, 12 ans, sans antécédents, présente une rougeole en mars 1926. L'exanthème venait à peine de se terminer quand brusquement se déclenchent des phénomènes méningés, et la fièvre remonte. Après une céphalée intense et quelques vomissements, l'enfant tombe le soir même dans le coma. Il y restera six jours avec tous les signes de la méningite tuberculeuse. Le liquide céphalo-rachidien est limpide, fortement hyperalbumineux, avec beaucoup de lymphocytes. Au bout du sixième jour, contrairement à toute attente, le coma disparaît et les jours suivants les contractures cessent. L'enfant garda un certain temps de la gêne de la déglutition. Il guérit complètement.

OBSERVATION n° 13

(D^r LESAGE, Thèse Guinard, Paris, 1934.)

Au cinquième jour de l'éruption d'une rougeole, l'enfant Jean A..., âgé de 3 ans, présente de l'abattement : il refuse de prendre toute nourriture et présente à 11 heures du matin des convulsions. On essaye de lui faire prendre un quart de tablette de Sédobrol qui est vomi à chaque essai. On l'administre en lavements.

Le petit malade présente des alternatives de prostration et

d'agitation, il se roule sur le lit sans ouvrir les yeux et se plaint sans cesse de la tête.

La nuit, il est très agité et ne semble pas avoir conscience des personnes qui sont auprès de lui.

Il ne s'aperçoit pas qu'il a de la glace sur la tête.

Le 9 juin : aucun changement, la raideur s'accroît, l'enfant ne parle pas, si ce n'est pour se plaindre de la tête. Il absorbe un peu de lait, l'après-midi on pratique une ponction lombaire. La nuit est plus calme, mais l'enfant est très abattu.

La température est à 38°5 le matin, 39°3 le soir.

10 juin : les périodes d'agitation s'espacent. L'enfant est plus conscient et réclame un biberon pour boire sans lever la tête.

Température à 39°3 le matin, 39°8 le soir.

11 juin : la nuit est calme. L'enfant reprend sa lucidité, se rend compte des soins qu'on lui donne et essaie de jouer.

Température le matin à 38°6.

A 3 heures de l'après-midi, à 39°8.

Le soir, à 38°.

Le 12 juin : l'enfant est de moins en moins abattu, la raideur musculaire diminue.

Température le matin, à 37°6.

Le soir, à 38°5.

Le 13 juin : l'enfant se plaint encore de la tête, mais il remue plus facilement et essaye même de se lever seul.

Température presque normale, 37°4-37°5.

Le 14 et les jours suivants la fièvre tombe et l'amélioration continue. Actuellement l'enfant va bien.

Analyse du liquide céphalo-rachidien.

Aspect limpide, eau de roche.

Cytologie. — 280 éléments par mmc.

Lymphocytes 95 %

Polynucléaires 5 %

Bactériologie. — Flore microbienne nulle, pas de bacilles de Koch.

Examen clinique. — Albumine 0,58. Sucre 0,44 par litre.

OBSERVATION n° 14

(D^r ALAJOUANIË, *in* Thèse Guinard, Paris, 1934.)

M^{me} B..., âgée de 30 ans, présente, en avril 1933, une rougeole typique confluente.

A la période d'état, la malade présente des signes méningés intenses : céphalées violentes, vomissements, constipation, obnubilation intellectuelle, torpeur ; le facies est figé comme celui d'une parkinsonienne, la parole et les mouvements sont lents ; pas de délire.

Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. Ponction lombaire négative, le liquide céphalo-rachidien est normal.

La malade guérit complètement, sans aucune séquelle.

A signaler qu'au décours de sa rougeole elle a présenté une éruption légère de varicelle.

Les aspects cliniques des méningites morbilleuses.

De toutes les observations que nous venons de donner, peut-on déduire certains caractères particuliers des méningites morbilleuses ?

Il nous semble, en premier lieu, qu'il convient de distinguer les méningites pures et les méningo-encéphalites.

1° Nous aurons tout d'abord en vue les méningo-encéphalites. C'est ainsi que dans l'observation n° 10 de BOISSERIE, LACROIX et MALAPLATE, on constate, outre l'existence de signes méningitiques, de la diplopie et du strabisme interne. La convalescence est longue. Quand l'enfant commence à se lever, il éprouve quelques difficultés à la marche. En outre, il peut difficilement tenir sa tête droite, les mouvements de ses bras sont exécutés de manière défectueuse. Examiné durant sa convalescence, on constate que « la station debout et la marche sont impossibles lorsque l'enfant n'est pas soutenu sous les épaules ; il s'appuie très mal sur ses membres inférieurs, surtout sur le membre inférieur gauche ; démarche ébrieuse, steppe du pied gauche, fauche légèrement du membre inférieur droit ».

Plus souvent que les manifestations encéphalitiques, on constate un syndrome mental. C'est le cas de l'observation n° 1, de SEGLAS, où la malade se trouvait dans un état de confusion mentale permanent entrecoupé de paroxysmes très courts, avec délire et agitation anxieuse. Tel est également le cas de l'observation n° 3, de LAGALLE. Ici on note un délire qui a duré pendant six jours environ.

La deuxième observation de LAGALLE (observation n° 4) est identique. On trouve ici du délire avec des hallucinations.

Dans tous les cas, les troubles psychiques ont régressé sans séquelles.

Dans l'observation n° 11, de PÉHU et M^{lle} LAMBERT, on trouve une torpeur et une prostration considérables.

Dans ces différentes observations, non seulement on note un syndrome méningé, mais également des phénomènes encéphalitiques se présentant le plus souvent sous la forme d'un syndrome mental.

2° Le plus généralement, les méningites morbillieuses sont des méningites pures, sans autres symptômes associés. Il s'agit habituellement d'un syndrome méningé violent, apparaissant le plus souvent vers le quatrième ou cinquième jour, évoluant en quelques jours vers la guérison, et cela sans séquelles.

Quels sont les caractères de ces méningites morbillieuses ?

La notion de terrain ne semble pas pouvoir expliquer l'apparition des méningites au cours de la rougeole. Il s'agit en effet le plus souvent de sujets sans aucun antécédent pathologique. Dans notre observation personnelle, il s'agissait d'un enfant jusque-là très bien portant, d'une constitution très saine.

Dans les autres observations que nous avons citées, on ne trouve aucune maladie grave antérieure. Pas de déficience de l'organisme, pas de tares attirant spécialement l'attention du côté du système nerveux.

Existe-t-il un rapport entre l'apparition de la méningite et l'intensité de la rougeole ?

A cette question, on peut répondre que non. En effet, il s'agit le plus souvent de rougeole banale, sans aucune gravité particulière, et souvent même l'éruption est plutôt fruste.

La notion d'âge n'a également aucune importance. La mé-

ningite morbilleuse survient aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Peut-on prévoir, à la période d'invasion, l'apparition de la méningite ?

D'après les différentes observations citées, il semble bien que rien ne permette d'attirer l'attention. Jamais le malade n'a présenté de symptômes nerveux, même légers.

Le début de la période d'éruption est tout à fait normal. L'éruption apparaît, elle se développe normalement, elle tend à décroître, la température baisse, c'est à ce moment-là, le plus souvent, que l'on note une poussée fébrile. Le début de la méningite est parfois plus précoce. C'est le cas de l'observation n° 9 du D^r MARRE, où le début a lieu vers le deuxième jour. Parfois, au contraire, elle peut être d'apparition plus tardive.

Outre la poussée thermique, le début de la méningite morbilleuse est annoncé par quelques autres signes fonctionnels. Bien souvent c'est la céphalée, ou encore quelques nausées. Parfois c'est l'existence de douleurs au niveau de la nuque.

Mais ce qui est assez spécial à la méningite morbilleuse, c'est la constitution extrêmement rapide du syndrome méningé. L'installation se fait généralement en une journée. Cependant, parfois, le début est plus lent. C'est ainsi que dans l'observation n° 7 (DENECHAUX) les signes méningés n'ont fait leur apparition qu'en quelques jours seulement.

Les signes méningés non seulement ont un début brusque, mais présentent une grande intensité.

Les signes fonctionnels sont toujours très marqués. La céphalée est intense, la douleur au niveau de la nuque est bien souvent pénible. Par contre, les vomissements répétés sont plutôt rares, la photophobie semble assez fréquente.

Quant aux signes généraux, on constate une température élevée, généralement à 39°5, 40°, parfois même 41°. Le pouls est plutôt ralenti : dans notre observation, un pouls à 80 pour une température à 40°. Une telle dissociation est également rencontrée dans l'observation de G. LAROCHE, et

même encore plus intense, puisque pour une température à 40° le pouls battait à 60.

Au point de vue physique, un signe est constant, c'est la raideur de la nuque. Le signe de Kernig est presque constant. On note avec une inégale fréquence, de l'hyperesthésie cutanée, une inégalité pupillaire, la rétention d'urine ; dans un cas, on signale du nystagmus.

On voit donc qu'il s'agit d'un tableau des plus nets de méningite, et l'on conçoit que l'on hésite à poser un pronostic favorable.

L'étude du liquide céphalo-rachidien permet-elle de faire le diagnostic ?

Le plus généralement, le liquide céphalo-rachidien est limpide ; cependant, dans l'observation de LEMIERRE et de G. LAROCHE, le liquide avait un aspect purulent.

La formule du liquide céphalo-rachidien est une formule banale de réaction méningée, à prédominance lymphocytaire. On ne peut donc baser le diagnostic sur la ponction lombaire.

Au point de vue chimique, on note de l'hyper-albuminose : 0 gr. 50 à 1 gr. Le taux des chlorures semble plutôt abaissé. Quant au glucose, il semble se trouver en quantité à peu près normale : 0 gr. 45 à 0 gr. 60.

Au point de vue cytologique, il s'agit d'une réaction à prédominance de mononucléaires. Cependant, signalons que dans deux observations (observations de G. LAROCHE et de MARRE) on a noté l'existence de polynucléaires. Il faut remarquer que cette polynucléose fut d'apparition précoce mais disparut rapidement. Ce sont les lymphocytes qui prédominent nettement. Souvent même ils existent seuls. Cependant, dans certains cas, ce sont les grands mononucléaires qui sont les plus nombreux.

Comment vont évoluer ces modifications du liquide céphalo-rachidien ?

On constate que, très rapidement, les modifications chi-

miques régressent. Le taux de l'albumine redevient normal. Du point de vue cytologique, s'il existait des mononucléaires, ceux-ci disparaissent rapidement. En tout cas, le taux de la lymphocytose diminue. On peut dire que lorsque la température est redevenue normale, le liquide céphalo-rachidien ne présente plus rien de pathologique. Cette évolution du liquide céphalo-rachidien n'est pas constante, puisque dans l'observation de G. LAROCHE, où l'on pratiqua plusieurs ponctions lombaires, on constata une augmentation progressive des éléments.

On voit donc que l'étude du liquide céphalo-rachidien ne permet pas de poser le diagnostic de méningite morbilleuse.

Ce diagnostic est essentiellement un diagnostic d'évolution.

En effet, très rapidement, tout rentre dans l'ordre, en général au bout de cinq jours, parfois plus précocement en trois jours ou au contraire seulement en deux semaines. On voit la céphalée disparaître, la raideur de la nuque et le signe de Kernig régresser, le malade ne présente plus de nausées, la température diminue progressivement, le pouls tend à redevenir normal. Le malade entre en convalescence, convalescence qui est brève le plus généralement.

Nous avons vu, dans l'observation n° 10, l'existence de séquelles d'ordre moteur, qui d'ailleurs ont tendance à régresser.

Avec une réserve pour le cas de méningo-encéphalite, on peut donc dire que le pronostic est généralement essentiellement favorable.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Une méningite survenant au cours d'une rougeole pose un problème diagnostique.

S'agit-il, en effet, d'une méningite morbilleuse proprement dite, telle que nous venons de la décrire, ou bien, au con-

traire, d'une méningite otitique, d'une méningite cérébro-spinale, d'une méningite tuberculeuse ?

1° *Les méningites otitiques.* L'otite moyenne est une complication fréquente de la rougeole. Lorsqu'une méningite survient chez un malade porteur d'une otite, au cours d'une rougeole, on pense, bien entendu, à la possibilité d'une méningite otitique. Mais il est des cas, et cela spécialement chez l'enfant, où l'otite est absolument latente, rien n'attire l'attention du côté de l'oreille. L'enfant n'accuse pas de douleurs d'oreille, il n'y a pas d'écoulement de pus par le conduit auditif, c'est dire la nécessité d'examiner systématiquement les oreilles de tout enfant dont la température est anormalement élevée.

A plus forte raison, en présence d'un tableau de méningite, conviendra-t-il toujours de s'assurer de l'intégrité des tympans.

D'ailleurs, l'évolution d'une méningite otitique est bien différente. Elle est, le plus souvent, très rapidement fatale. L'étude du liquide céphalo-rachidien est alors particulièrement intéressante. Il s'agit d'un liquide purulent, avec énormes modifications cytologiques, on note la présence de polynucléaires, et surtout l'examen bactériologique révélera le germe en cause.

2° *Les méningites cérébro-spinales.* Exceptionnels sont les cas de méningite cérébro-spinale survenant au cours d'une rougeole ; cependant, de rares cas ont été publiés.

C'est le laboratoire qui permettra de faire un tel diagnostic.

Déjà l'aspect trouble du liquide aura attiré l'attention ; on y trouvera des polynucléaires, et l'élément important du diagnostic sera fourni par la présence du méningocoque.

3° *La méningite tuberculeuse.* Il est, en effet, classique de considérer la rougeole comme une maladie anergisante ; on sait, de même, que pendant la période d'éruption, la cuti-réaction à la tuberculine se montre négative.

Cependant, en pratique, l'évolution d'une tuberculose après

la rougeole est un fait plutôt rare. Le professeur Nobécourt (*Arch. de Médecine des enfants* (1930), *Rougeole et Tuberculose*) a donné les chiffres suivants : 459 cas de rougeole, 15 tuberculoses consécutives.

La tuberculose après la rougeole existerait donc dans la proportion de 3,60 % des cas.

Dans le cas de méningite tuberculeuse post-morbilleuse, on trouverait le plus généralement dans les antécédents du malade, une tuberculose personnelle collatérale ou héréditaire. Cependant l'existence de ces antécédents n'est pas absolue.

En tout cas, il est un fait qui semble constant, c'est que la méningite tuberculeuse post-morbilleuse apparaît tardivement, dans un délai de quinze jours en général, parfois cinq semaines et même jusqu'à deux mois.

Au point de vue symptomatologique, l'allure est moins bruyante, les symptômes bacillaires sont plus nets ; il n'est pas rare de constater une atteinte pulmonaire, et surtout, l'évolution est toujours mortelle. Ici encore, l'étude du liquide céphalo-rachidien est instructive. Si l'on pratique une recherche longue et patiente, on arrive presque toujours à trouver du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

4° Enfin, il convient de distinguer les méningites morbilleuses de l'encéphalite morbilleuse.

Nous avons bien vu, en effet, qu'il existait des méningo-encéphalites où, d'ailleurs, la méningite domine le tableau clinique. Dans certains cas, il s'agit d'encéphalite proprement dite. En général, cette complication apparaît de trois à six semaines plus tard. Si, parfois, dès le début, on note quelques signes méningés, ils régressent très rapidement. Ce sont les symptômes encéphalitiques qui dominent avant tout le tableau clinique : épilepsie, paralysie d'un nerf cranien, amaurose subite.

Rapidement, d'autres manifestations apparaissent : paralysie flasque, hémiplegie, parésie des quatre membres. Le pronostic est alors différent, l'évolution est très longue, les troubles ne régressent que très lentement.

Conclusions

I. — Sous le nom de méningites morbilleuses, il faut désigner les méningites aiguës survenant au décours d'une rougeole, en les distinguant nettement des méningites complications — en premier lieu les méningites otitiques.

II. — Les méningites morbilleuses apparaissent vers le quatrième ou cinquième jour de l'éruption, ont un début brutal, une symptomatologie bruyante et, après une période d'état de courte durée, guérissent en cinq à six jours pour aboutir à une convalescence brève et favorable, sans séquelles.

III. — Pour poser le diagnostic de méningite morbilleuse, il semble qu'on puisse attacher une certaine importance à la ponction lombaire (au moins pour éliminer la méningite complication d'ordre local).

On peut ainsi en énumérer les données :

- liquide le plus généralement clair ;
- réaction du type lymphocytaire ;
- négativité de la recherche des B. K. ;
- pas de microbes pathogènes ;
- réaction de Bordet-Wassermann négative.

au point de vue chimique :

- légère hyperalbuminose ;
- taux des chlorures plutôt abaissé ;

- quantité de glucose normale ;
- négativité de la réaction au benjoin colloïdal.

En pratique, le diagnostic de méningite morbillieuse est surtout un diagnostic d'évolution.

IV. — Il est permis de penser qu'il existe vraisemblablement des cas de méningite morbillieuse consécutive à une rougeole fruste, rougeole dont la forme discrète a échappé au diagnostic ; il nous semble qu'il conviendrait de faire une place à la méningite morbillieuse dans les réactions méningées à lymphocytes évoluant vers la guérison.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ATWELL (J. C.) et LUCAS (R. S.). — Encephalitis as sequels of measles (*Pensylvania M. J.*, 34, 253, janvier 1931).
- BABONNEIX et LÉVY (M^{lle}). — Encéphalo-myélite consécutive à la rougeole (*Pédiatrie*, 7 juillet 1931).
- BABONNEIX, LHERMITTE et TREILLES. — Encéphalo-myélite morbilleuse (*Revue Neurologique*, I, 550-556, avril 1934).
- BABONNEIX, RIONI (M^{lle}) et WILM. — Encéphalite morbilleuse (*Soc. de Pédiatrie*, Paris, séance du 19 avril 1932 ; *Rev. de Péd.*, t. VIII, n° 3, 1932).
- BEUN (E. C.). — Measles encephalitis, two fatal cases (*Brit. J. Child. Dis.*, 28-22-29, Jan.-March, 1931).
- BLECHMANN et TOUPET. — Rougeole et encéphalite. Coma de 18 jours. Guérison sans séquelles (*Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, 32, 68-73, janvier 1934).
- BOGAERT (Ludo Van). — Les manifestations nerveuses au cours des maladies éruptives (Varicelle, rougeole, scarlatine) (*Revue Neurol.*, I, 150-167, février 1933).
- BOGAERT (L. Van), BORREMANS et COUVREUR. — Réflexions sur trois cas d'encéphalo-myélite post-morbilleuse (*Presse Médicale*, n° 8, 27 janvier 1932).
- BOISSERIE, LACROIX, MALAPLATE. — L'encéphalite de la rougeole (*Jour. de Médecine de Bordeaux*, 57, 946-951, 25 décembre 1927).
- BONABA. — Encephalitis post-sarampionosa (*Arch. Lat. Ann. de Péd. Buenos-Ayres*, 1925, 3^e série, XIX, p. 868).
- BOSSE (E. A.). — Encephalitis during measles (*Ped.*, 12, 425-453, 1928).
- BREGMAN (L. E.) et PONEZ (K.). — Enzephalitis nach masern (*Wien. Med. Wochenschrift*, 79, 271, 274, 23 Feb. 1929).

- BRUCE (J. W.). — Encephalitis following measles (*Kentucky M. J.*, 27, 278-279, June 1929).
- CAGIATI (L.). — Due casi di morbilli accompagnati da disturbi nervosi (*Policlinico*, IX, 1902-1903 (sez. prat.), p. 850).
- CAPALDO (L.). — Un caso de encefalite morbillosa con postumi parkinsonismi (*Policlinico* (sez. prat.) 39, 94-96, 18 janv. 1932).
- CHEVALIER, LAVAURE et JAULMES. — Un cas de confusion mentale consécutive à une rougeole (*Bull. Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, VII, 1925-1926, p. 319).
- CIBILS AGUIRRE et PUGLISI. — Encephalitis post-sarampionosa (*Arc. Argnt. de Péd.*, 2, 325-330, juin 1931).
- CROCKFORD (A. L.). — Meningo-encephalitis of measles (*Brit. M. J.*, I, 1171-1172, 25 juin 1932).
- DAGNELLE (J.) et DUBOIS (R.). — Complications neurologiques des exanthèmes (rougeole, varicelle et scarlatine). Protocoles cliniques et anatomo-pathologiques (*Journal de Neurol. et de Psych.*, 32, 630-644, sept. 1932).
- DECHAUT. — Thèse de Paris, 1932.
- DENECHAUX. — *Presse Médicale*, 1918.
- DEREUX (M.) et SENELLART (M^{lle}). — Encéphalite de la rougeole (*Soc. Méd. et anatomo-clinique de Lille*, séance du 3 juin 1932).
- Les encéphalites de la rougeole (*Jour. de Méd. de Lille*, n° 21, déc. 1933. A.).
 - Encéphalites de la rougeole (*J. des Sc. Méd. de Lille*, 24 juill. 1932, n° 30).
 - Encéphalites de la rougeole (*Péd.*, octobre 1932).
 - Les encéphalites de la rougeole (*Le Répertoire Médical*, n° 92, fév. 1934).
- DUFOURT (A.). — Des complications nerveuses au cours de la rougeole (*Clinique et Laboratoire*, 101^e année, n° 9, 20 nov. 1931).
- Des complications nerveuses au cours de la rougeole (*Péd. Prat.*, 25 mars 1932).
 - Comp. nerv. de la rougeole (*J. de Méd. de Lyon*, 20 fév. 1930, p. 131).

- DUFOURT (A.) et REURE (J.). — Méningo-encéphalite para-morbilleuse (*Péd.*, mars 1932, n° 3).
- Méningo-encéphalite para-morbilleuse (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 22 déc. 1931).
- Méningo-encéphalite para-morbilleuse (*Lyon Méd.*, 149, 235-237, 21 fév. 1932).
- ELLIOT. — Encéphalo-myélite de la rougeole (*The British Medical Journal*, n° 3.798, 1^{er} oct. 1933).
- ENGLAND (E. R.). — Cerebrospinal meningitis complicating measles (*Mont. med. jour.*, 1899, XXVIII, p. 850-852).
- FARRAGE (J.). — Meningitis following measles and pneumonia ending in recovery with multiple abscess formation (*Jour. Lancet Mineaye*, 1914, XXXIV, 136).
- FERRARO et SCHEFFER. — Encephalitis and encephalo-myelitis in measles ; pathologic report of six cases (*Arch. Neurol. et Psych.*, 25, 742-778, April 1931).
- Encéphalite et encéphalopathie de la rougeole (*Cong. neurol. inter.*, 14 oct. 1931).
- FRANK (R.) et FORD. — The nervous compl. of measles (*Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, sept. 1928).
- GARRISON. — Cerebro-spinal meningitis accomp. measles (*Trans. med. soc. of New-Jersey*, 1873, Newark, p. 169-172).
- GELABERT. — Meningitis sencilla o purulenta en dos casos de sarampion ; tratamiento en ambas por el frio sobre la cabeza (*Rev. de med.* (Barcelone), 1876, II, p. 300-307).
- GENOESE. — Encephaliti morbillose (*Pediatrics*, 40, 1253-1257, 1^{er} déc. 1932).
- GREENFIELD (J. G.). — Pathology of measles encephalo-myelitis (*Brain*, 52, 171-195, July 1929).
- GRIFFITH. — Case of measles with anomalous symptoms of cerebral irritation (*Arch. Pediat.*, X, 1893, p. 418).
- GUINARD. — Thèse de Paris, 1934.
- GRUMERT et SCHULTZE. — Chronische Eiterung (nach masern) ; meningitis purulenta (*Arch. f. chremb* (Leipzig), 1902-1903, LVII, p. 261-265).
- HARVEY (T. L.). — Meningitis as complication of measles *J. americ. med. assoc.* (Chicago), 1897, XXIX, p. 1149-1151).

- HAUSER (G. H.). — L'encéphalite complication de la rougeole (*J. of amer. med. assoc.* (Chicago), 21 avril 1928).
- HEATH. — Measles encephalitis ; clinical report of some eye findings (*J. am. ophth.*, 15, 130-134, février 1932).
- HERNANDEZ BRIZ. — Un notable caso de meningitis morbillosa curacion (*Rev. de clin. Fery. Journ.* (Madrid) 1895-1896, IX, p. 17-19).
- HOMOLLE. — Hémorragie méningée, consécutive à une thrombose des sinus de la dure-mère, dans le cours d'une rougeole (*Bull. soc. anat. Paris*, 1873, XLVIII, p. 839).
- HORWITT. — Encephalitis as complication of measles (*Arch. Ped.*, XLV, 194, p. 476).
- JENKINS. — Nervous complications of measles ; case report (*Arch. Ped.*, 46, 257-259, avr. 1929).
- KLINKERT (H.). — Case of enceph. para-morb. (*Geneesk. Gids.*, 7, 437-446, 17 mai 1929).
- KONVALOFF, BOGOLEPOFF et KHONDKARION. — Sequels of measles, encephalomyelitis (*J. ev. rapat.*, I ; *Psych.*, n° 6, 23, 117-138, 1930).
- KOSTIJAL. — Disturbances of vegetative nervous system in measles (*Ztsch. f. Kinderh.*, 49, 605-616, 1930).
- LAROCHE et QUIOC. — Un cas de méningite morbilleuse (*Soc. Méd. des Hôp.*, 21 déc. 1923).
- LECHELLE, BERTRAND et FAUVERT. — Obs. d'un cas d'encéphalite morbilleuse ; étude anatom. ; consid. étiol. et pathogéniques (*Arch. de méd. d'enf.*, 34, 718-727, déc. 1931).
- LE GARREC. — Contribution à l'étude de l'encéphalo-myélite dans la rougeole (Thèse de Paris, 1931, Jouve et C^{ie}).
- LEMIERRE et GABRIEL. — Encéphalite morbilleuse à forme foudroyante (*Bull. et Mém. Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 50, 998-1004, 25 juin 1934).
- LIORET. — Méningites morbilleuses (Thèse de Paris, 1933, édit. Jouve et C^{ie}).
- LOEWENBURG et SCHALLER. — Hemorrhagic measles with encephalitis (*Arch. Ped.*, XLIII, 1926, p. 73).
- LOPEZ ALBO. — Un caso de encefalomyelitis sarampionosa (*Arch. de Neurobiol.*, 12, 50-53, janv.-fév. 1932).

- MC CAUSLAND et MC CLENDON. — Encephalomyelitis following measles ; case report. with encephalogram. (*Arch. Ped.*, 51, 178-182, mars 1934).
- MC LONDON (P. A.). — Hemorrhagic measles complicating encephalitis (*Arch. Ped.*, XLIII, p. 544).
- MANICATIDE et STROE (M^{me}). — Sur deux cas d'encéphalite par morbillieuse (*Bull. Soc. de Paris*, 30, 377-379, mai 1932).
- MARE (F. de). — Un caso di encefalite post-morbillosa (*Ped.*, 35, 1182-1185, 1^{er} nov. 1927).
- MENSI (E.). — L'evoluzione clinica dell'encefalite morbillosa (*Clin. ed. ig. Inf.*, 5, 455-458, août 1930).
- MILLER (M. K.). — Four types of encephalitis (*J. A. M. A.*, 97, 161-164, July 18, 1931).
- MOORE (E.) et MC CORDOK. — Encephalomyelitis following measles (*Arch. Neurol. et Psych.*, 32, 560-568, sept. 1934).
- MONDOLFO. — Morbillo e complicate nervose (*Rif. Med.*, 45, 574-577, 27 avril 1929).
- MUSSER (J. H.). — L'encéphalite, complication de la rougeole (*The Journal of the American Association*, Chicago, 21 avril 1928).
- NEAL et APPLEBAUM. — Encephalitis associated with measles (*J. Amer. Med. Assoc.*, LXXXVIII, 1927, p. 1552).
- NESBITT (R. W.). — A case of measles with meningism and surgical emphysema (*Brit. Med. Jour.*, London, 1925, I, p. 18).
- ORTHOLAN. — De quelques formes de paralysie morbillieuse (Thèse de Bordeaux, 1894, 4^e).
- PADOVANI (V.). — Un caso di meningo-encefalomielite post-morbilloso (*Riforma Med.*, 47, 736-739, 11 mai 1931).
- PANTO (C.). — Una rara complicanza nervosa nel decorso del morbillo (*Riv. San Siciliana*, 22, 110-114, 15 janvier 1934).
- PAULIAN et ARICESCO. — Encéphalo-myélite post-rougeolique à type de sclérose en plaques aiguë (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 19 fév. 1932).

- PEHU et LAMBERT. — Méningo-encéphalite para-morbilleuse chez un enfant de 11 ans (*Péd.*, nov. 1931, 20^e année).
- PETERMANN et FOX (M. J.). — Encephalitis as complication of measles report of 13 cases (*Am. J. Dis. Child.*, 46, 512-517, sept. 1933).
- PRAT. — Hémorragie sous-méningée dans la rougeole (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1897, LXXII, p. 809).
- PUIG. — A propos des complications nerveuses de la rougeole ; un cas de méningite morbilleuse ayant précédé l'apparition de l'exanthème (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 31 mai 1932, *Lyon méd.*, n° 37, 11 sept. 1932).
- REDLICH. — Masernencephalitis (*Zeitschrift, f. Kinderh.*, XLIII, 1927, p. 178).
- RENAUD (M.). — Encéphalites secondaires aux lésions de l'oreille moyenne et des rochers dans la rougeole (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 47, 986, 15 juin 1931).
- ROGERS (J. B.) et PHILIPPS (J. R.). — Nervous manifestation in measles ; report of 3 fatal cases (*J. Indiana M. A.*, 25, 61-64, février 1932).
- ROUZIER. — Thèse de Paris, 1931.
- SABRAZES (J.). — A propos des récentes publications sur les méningo-encéphalites et les myélites survenant après la rougeole (*Gaz. hebd. des soc. méd.*, n° 25, 21 juin 1931, p. 389).
- D° (*Gaz. hebd. des soc. med. de Bordeaux*, 14 juin 1931).
- SEGLAS. — Rougeole infection secondaire, confusion mentale pseudo-méningitique (*Presse Med.*, Paris, 1897, p. 193).
- SIEGEL. — Ein Fall von Enzephalitis nach Rubeolen (*Arch. Kinderh.*, 97, 235-238, 1932).
- STARCK (Von). — Eine seltime complication der masern (*Jahrb. f. Kind.*, Leipzig, 1898, n. ser. XLVII, p. 219-221).
- STEURMANN. — Gleichzeitiger Verlauf der epidemischen Meningitis mit Masern (*Ztschr. f. Kinderh.*, 56, 284-286, 1934).
- STORTS (B. P. Jr.). — Encephalitis complicating measles (*Southwester Med.*, 17, 330-331, oct. 1933).

SULZER. — L'encéphalite morbilleuse (*Jarbuch f. Kinderh.*, CXXVIII, p. 394, 1930).

WEST (H. A.). — Report of a case of meningitis following measles ; recovery (*Trans. Texas Med. Assoc., Austin*, 1900, p. 250-265).

ZIMMERMAN et YANNET. — Encephalomyelitis complicating measles ; report of case with necropsy (*Arch. neurol. et psych.*, 24, 1000-13, nov. 1930).

